



Internação e suicídio:

Protocolo de atenção aos sinais

Cadernos de Socioeducação
Secretaria de Estado da Criança e da Juventude



CADERNOS DE SOCIOEDUCAÇÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA CRIANÇA E DA JUVENTUDE – SECJ

Internação e Suicídio:

Protocolo de Atenção aos Sinais

Curitiba
2010

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

Orlando Pessuti

Governador do Estado do Paraná

Ney Amilton Caldas Ferreira

Chefe da Casa Civil

Thelma Alves de Oliveira

Secretária de Estado da Criança e da Juventude

Flávia Eliza Holleben Piana

Diretora Geral da Secretaria de Estado da Criança e da Juventude

Roberto Bassan Peixoto

Coordenador de Socioeducação

Danielle Blaskievicz

Assessora de Comunicação da

Secretaria de Estado da Criança e da Juventude

CADERNOS DE SOCIOEDUCAÇÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA CRIANÇA E DA JUVENTUDE – SECJ

Internação e Suicídio: *Protocolo de Atenção aos Sinais*

1ª Edição

Curitiba
2010

SISTEMATIZAÇÃO

Shanny Mara Neves

APOIO TÉCNICO

Rejane Cristina Teixeira Tabuti

COLABORADORES

Profissionais do Grupo de Estudos, Pesquisa e Elaboração do Protocolo de Atendimento a Pacientes com Risco de Suicídio, do Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM)

COLABORADORES

DIRETORES DE UNIDADES QUE REPRESENTAM SUAS EQUIPES:

Adilson José dos Santos – Umuarama

Alex Sandro da Silva – Fazenda Rio Grande

Amarildo Rodrigues da Silva – Laranjeiras do Sul

Ana Marcília P. Nogueira Pinto – Cascavel

Esther Victoria Cantilon Marqueno Maurutto – Piraquara

Fausto Nunes – Campo Mourão

Glaucia Renno Cordeiro – Ponta Grossa

Júlio Cesar Botelho – Londrina

Lázaro de Almeida Rosa – Piraquara

Luciano Aparecido de Souza – Curitiba

Márcio Schmidt – Londrina

Mariselni Vital Piva – Curitiba

Nilson Domingos – Paranavaí

Rafael C. Brugnerotto – Cascavel

Ricardo José Deves – Toledo

Ricardo Peres da Costa – Maringá

Sandro de Moraes – Pato Branco

Sonia Sueli Alves de Lima – Santo Antonio da Platina

Vandir da Silva Soares – Foz do Iguaçu



Governo do Paraná



CEDCA

Capa

Tiago Vidal Ferrari

Ilustrações

Tiago Vidal Ferrari

Projeto Gráfico / Diagramação / Finalização

Gennaro Vela Neto

Tiago Vidal Ferrari

Revisão Ortográfica

Elizangela Brito

Revisão

Roberto Bassan Peixoto

Criação Publicitária e Marketing

Fernanda Morales

Felipe Jamur

Organização da coleção

Deborah Toledo Martins

Roberto Bassan Peixoto

Secretaria de Estado da Criança e da Juventude
Rua Hermes Fontes, 315 - Batel
80440-070 - Curitiba - PR - 41 3270-1000
www.secj.pr.gov.br

IMPRENSA OFICIAL DO PARANÁ



14 zero 9 Marketing e Comunicação | 41 3085-7111

Neves, Shanny Mara.

Internação e suicídio : protocolo de atenção aos sinais / Shanny Mara Neves; Deborah Toledo Martins, Roberto Bassan Peixoto, orgs. - Curitiba : Secretaria de Estado da Criança e da Juventude, 2010.

76 p. ; 20 x 28 cm. - (Cadernos de socioeducação ; v. 7)

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-63558-10-7

1. Sistema Socioeducativo - Medidas Socioeducativas - Internação 2. Adolescente - Adolescente em Conflito com a lei 3. Suicídio. I. Título. II. Série.

"Cidadania

Cidadania é dever de povo.

*Só é cidadão quem conquista seu lugar na
perseverante luta do sonho de uma nação.*

É também obrigação:

*A de ajudar a construir a claridão na consciência
das pessoas e de quem merece o poder.*

Cidadania,

força gloriosa que faz um homem ser para

outro homem,

caminho no mesmo chão, luz solidária e canção! "

Thiago de Mello

A Palavra

Um cenário comum das cidades: meninos perambulando pelas ruas. Antes, apenas nas grandes cidades; agora, em qualquer lugar. Ontem, cheirando cola; hoje, fumando crack. Destruindo seus neurônios e seus destinos. Enfrentando os perigos da vida desprotegida. Aproximando-se de fatos e atos criminosos. Sofrendo a dor do abandono, do fracasso escolar, da exclusão social, da falta de perspectiva. Vivendo riscos de vida, de uma vida de pouco valor, para si e para os outros.

Ontem, vítimas; hoje, autores de violência.

Um cenário que já se tornou habitual. E, de tanto ser repetido, amortece os olhos, endurece corações, gera a indiferença dos acostumados. E, de tanto avolumarse, continua incomodando os inquietos, indignando os bons e mobilizando os lutadores.

Uma mescla de adrenalina e inferno, a passagem rápida da invisibilidade social para as primeiras páginas do noticiário, do nada para a conquista de um lugar. Um triste lugar, um caminho torto; o “ccc” do crack, da cadeia e da cova.

Assim, grande parte de nossa juventude brasileira, por falta de oportunidade, se perde num caminho quase sem volta. Reverter essa trajetória é o maior desafio da atualidade.

Enquanto houver um garoto necessitando de apoio e de limite, não deve haver descanso.

Com a responsabilidade da família, com a presença do Estado, desenvolvendo políticas públicas conseqüentes, e com o apoio da sociedade, será possível criar um novo tecido social capaz de conter oportunidades de cidadania para os nossos meninos e meninas.

A esperança é um dever cívico para com os nossos filhos e para com os filhos dos outros.

A vontade política e a determinação incansável dos governadores Requião e Pessuti, aliadas ao empenho e dedicação dos servidores da SECJ, compõem o cenário institucional de aposta no capital humano, e sustentam a estruturação da política de atenção ao adolescente em conflito com a lei no Paraná, como um sinal de crença no futuro.

É nosso desejo que esses cadernos sejam capazes de apoiar os trabalhadores da Rede Socioeducativa do Estado do Paraná, alinhando conceitos, instrumentalizando práticas, disseminando conhecimento e mobilizando idéias e pessoas para que, juntos com os nossos garotos, seja traçado um novo caminho.

Com carinho, Thelma

Apresentação

Com satisfação e orgulho apresentamos a reedição do conjunto “Cadernos do IASP”, agora como ***Cadernos de Socioeducação***. A mudança de nome expressa o avanço conceitual e prático do atendimento ao adolescente em conflito com a lei, que resultou na criação da Secretaria de Estado da Criança e Juventude - SECJ em substituição ao Instituto de Ação Social do Paraná - IASP. É a primeira secretaria de estado do país a ser implantada especificamente para pensar, executar e articular as políticas públicas do Sistema de Garantia de Direitos das Crianças e Adolescentes e as políticas para a Juventude.

Em 2004, o Governo do Estado do Paraná, realizou um diagnóstico sobre a situação do atendimento ao adolescente que cumpre medida socioeducativa de privação e restrição de liberdade, identificando, dentre os maiores problemas, déficit de vagas; permanência de adolescentes em delegacias públicas; rede física para internação inadequada e centralizada com super-lotação constante; maioria dos trabalhadores com vínculo temporário; desalinhamento metodológico entre as unidades; ação educativa limitada com programação restrita e pouco diversificada e resultados precários.

Tal realidade exigia uma resposta imediata de implementação de uma política pública que fosse capaz de romper estigmas e para-

digmas, concebendo um sistema de atendimento ao adolescente em conflito com a lei, com as seguintes características: estruturado, organizado, descentralizado e qualificado; articulado com os serviços públicos das políticas sociais básicas; desenvolvido em rede e em consonância com a legislação e normatização vigentes (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - SINASE, recomendações do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e Adolescente - CONANDA); gerido a partir de um modelo de gestão democrática, planejada e monitorada permanentemente; e principalmente, centrado na ação sócio-educativa de formação e emancipação humana, capaz de suscitar um novo projeto de vida para os adolescentes.

Este movimento foi sustentado por três eixos fundamentais: a revisão do modelo arquitetônico, a implementação de uma proposta político-pedagógica-institucional e a contratação e qualificação de profissionais. Os avanços dessa política pública vão desde o aumento da oferta de vagas para adolescentes de internação e semiliberdade, passam pelo co-financiamento de programas de Liberdade Assistida e Prestação de Serviços à Comunidade até a formação continuada dos profissionais dos Centros de Socioeducação-Censes, dos Programas em Meio Aberto, dos Conselhos Tutelares, dos Núcleos de Práticas Jurídicas entre outros.

O trabalho de planejamento e engajamento dos servidores colocaram o atendimento socioeducativo do Paraná como referência nacional, evidenciada nas constantes visitas de gestores e profissionais de outros Estados e na premiação do projeto arquitetônico para novas unidades, pelo Prêmio Socioeducando, promovido pelo Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente - ILANUD e Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República – SDH-PR.

Nesse reordenamento institucional, realizado a partir do plano de ação de 2005-2006, foi possível qualificar a rede existente, além de criar um padrão para as novas unidades a serem implantadas, de acordo com o previsto no SINASE, de forma a constituir um sistema articulado de atenção ao adolescente em conflito com a lei.

A presente reedição dos Cadernos de Socioeducação retoma com maior força seu significado original em estabelecer um padrão referencial de ação educacional a ser alcançado em toda a rede socioeducativa de restrição e privação de liberdade e que pudesse, também, aproximar, do ponto de vista metodológico, os programas em meio aberto, criando, assim, a organicidade necessária a um sistema socioeducativo do Estado.

Nela estão presentes e revisados os 5 Cadernos: *Compreendendo o Adolescente, Práticas de Socioeducação, Gestão de Centros de Socioeducação, Rotinas de Segurança e Gerenciamento de Crises*, acrescidos de quatro novos volumes: *Programa Aprendiz; Semi-liberdade; Internação e Suicídio: Protocolo de Atenção aos Sinais e Informações sobre Drogadição*.

Todos seguem a mesma dinâmica de elaboração. São resultados de um processo de estudo, discussão, reflexão sobre a prática e registro de aprendizado, envolvendo diretores e equipes das unidades, da sede e grupos sistematizadores, com intuito de produzir um material didático-pedagógico a serviço da efetiva garantia de direitos e execução adequada das medidas socioeducativas. Trata-se, portanto, de uma produção coletiva que contou com o empenho e conhecimento dos servidores da SECJ e com a aliança inspiradora da contribuição teórica dos pensadores e educadores referenciais.

Assim esperamos que os Cadernos de Socioeducação continuem cumprindo o papel de subsidiar os processos socioeducativos junto aos adolescentes, produzindo seus resgates sócio-culturais e renovando a esperança de novos projetos de vida e de sociedade. Como na primeira edição:

Que seu uso possa ser tão rico e proveitoso quanto foi a sua própria produção!

Sumário

1] Principais Aspectos da Adolescência	21
2] Principais Fatores de Risco	25
3] Suicídio e Fatores Sociodemográficos	27
4] Doenças Físicas e Suicídio	29
5] Suicídio e Transtornos Mentais	30
6] Suicídio e Fatores Ambientais	31
7] O Adolescente em Conflito Com a Lei	32
8] Os Perfis do Adolescente com Risco de Suicídio	34
9] Fatores de Risco em Comum.....	36
10] A Recepção do Adolescente na Unidade.....	38
11] Observação Pós-ingresso	41
12] A Continuidade no Monitoramento	42
13] Intervenção Social.....	43
14] Ambiente Físico	45
15] Tratamento de Saúde Mental.....	46
16] Ocorrência de Tentativas de Suicídio	47
17] Exposição ao Suicídio	48
18] Síntese das Melhores Práticas	50
19] Os Sinais Precursores do Suicídio	51
20] Como Ajudar o Adolescente com Risco de Suicídio?	54
21] Classificação do Risco de Suicídio.....	58
22] Encaminhando o Adolescente com Risco de Suicídio	60

23] Recursos da Comunidade	61
24] O Que Fazer e o Que Não Fazer	62
25] Considerações Finais	63
26] Sugestões de Apoio	64
Centros de Informação	64
Leituras Recomendadas.....	65
ANEXO	67
Referências.....	72

Introdução

O referido ensaio surge da necessidade e discussão acerca de se criar um protocolo, ou mais, a necessidade de propor ações efetivas que possam colaborar no cotidiano do atendimento socioeducativo, na superação de situações que possam contribuir para evitar tentativas de suicídios, ou ainda identificar elementos que permitam uma intervenção no momento certo. Tal discussão se pauta como fundamental considerando o conflito que o adolescente vive consigo mesmo, com sua família e com a sociedade quando este está privado de liberdade. Assim, vamos primeiro abordar os conceitos, saber sobre como diagnosticar e ainda as possibilidades de intervenção.

O caderno foi criado visando atender a uma demanda advinda dos profissionais dos Centros de Socioeducação que se deparam com a difícil tarefa de lidar com a questão do suicídio. No material apresentado buscamos abordar, de forma prática, os possíveis sinais precursores do suicídio e suas respectivas condutas de ajuda, ilustrados com situações relacionadas à rotina dos Censes. A ameaça de suicídio, decorrente da ambivalência de sentimentos e a hesitação em atentar contra a própria vida, está presente até o último momento e pode ser interrompida a qualquer hora, devendo ser considerada um importante pedido de ajuda.

O suicídio refere-se a um tipo de comportamento no qual o adolescente busca encontrar uma solução para um problema existencial, atentando contra a própria vida. Trata-se de um fenômeno que vem crescendo nos últimos anos. Diante desse fato, persiste a dúvida sobre o motivo pelo qual leva os jovens a interromperem bruscamente suas vidas, num ato de desespero.

A explicação da causa do suicídio não se deve a um único fator, devendo-se considerar a história pregressa, os problemas e os conflitos anteriores. Pode se tratar de um acúmulo anterior de problemas que atinge o ponto culminante na adolescência.

O histórico de abuso de álcool e drogas também se encontra como uma das causas presentes entre os adolescentes que cometeram suicídio. Publicações do Drug Abuse and Mental Health Administration, de 1990, mostram que treze por cento das pessoas que cometem suicídio o fazem em consequência do abuso de álcool e drogas. O álcool e as drogas prejudicam o controle dos impulsos, inclusive das tendências autodestrutivas. Os jovens morrem principalmente de causas violentas, e o suicídio é a terceira causa de morte em adolescentes (apud RESMINI,1997).

A adolescência é um dos períodos mais propícios ao comportamento suicida, pois está relacionada a uma fase de intensas mudanças que fazem com que o jovem experimente níveis crescentes de ansiedade e angústia. Segundo Bouchard, “se outros agentes estressantes são acrescentados, o comportamento suicida pode ser precipitado”. Este só é escolhido depois que uma série de outros comportamentos tenham sido ensaiados e fracassaram. O suicídio aparece, então, como a única via possível. Ele representa uma expressão de mudança, um desejo de acabar com a situação em que se encontra. É um meio de repressão e de vingança contra os próprios sentimentos de impotência e de incapacidade de mudar uma situação problemática. Geralmente, o objetivo principal de tentar suicídio é mudar de vida e não pôr fim a ela.

Na presente cartilha, serão apresentados possíveis sinais, precursores do suicídio, e suas respectivas condutas de ajuda. O importante é saber que nunca é tarde para intervir. A ambivalência de sentimentos e o medo de atentar contra a própria vida estão presentes até o último momento e podem ser interrompidos a qualquer hora.

1] Principais Aspectos da Adolescência

A adolescência é marcada por uma série de mudanças que podem ser identificadas através de períodos distintos:

- Período inicial: de 10 a 13 anos, marcado pelo crescimento e pela puberdade.
- Período médio: entre 14 e 16 anos, marcado pelo desenvolvimento do intelecto e pela identificação com grupos.
- Período final: entre 17 e 20 anos, marcado pela consolidação das ideias e da identidade e pela proximidade e pelo ingresso no mundo adulto.

Por ser uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, é importante que a adolescência seja vista não como um período de crise, mas como uma fase essencial de transição entre as duas etapas.

A adolescência é um período de constantes transformações no corpo, na mente e na vida social.

O conjunto de mudanças corporais ocorridas na adolescência é chamado de puberdade. A adolescência e a puberdade não devem ser entendidas como sinônimos, já que a puberdade é apenas um dos aspectos dessa fase e se refere ao desenvolvimento orgânico e corporal.

Segundo o Caderno do IASP "Compreendendo o Adolescente", de 2006, a pu-

berdade tem seu início entre 8 e 14 anos de idade. Nessa fase, o adolescente passa por muitas mudanças no corpo, que não podem ser controladas por ele. Essas modificações são provocadas por alterações hormonais e podem durar até os 20 anos de idade. O início da puberdade é marcado pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários – broto mamário nas meninas e aumento dos testículos nos meninos – e termina com o completo desenvolvimento físico, parada do crescimento e aquisição de capacidade reprodutiva.

Com todas essas mudanças e a “explosão” de hormônios no corpo, é comum que os adolescentes sintam-se assustados, angustiados e não saibam como lidar com tais transformações. Por isso, é importante que adultos tenham a compreensão e a clareza de tais mudanças, para não tratar pequenos eventos como grandes problemas ou recriminar o adolescente por atos e fatos que não dependem do seu controle.

Psicologicamente, o adolescente tem menos necessidade de proteção por parte da família, começa a assumir responsabilidades, a buscar independência e a querer fazer as coisas por si próprio.

Porém, muitas vezes, quando pretende se comportar como um adulto encontra uma série de proibições, pois, de fato ainda não pertence ao mundo dos adultos. A criança torna-se um adolescente que tem que começar a enfrentar as mudanças que ocorrem com ele, a tomar consciência do que elas significam, ficar atento ao que está se tornando dia após dia e, ao mesmo tempo, tem que enfrentar o mundo exterior.

Pode-se dizer que uma das principais características da adolescência é a ruptura com o passado. Ao mesmo tempo em que se distancia da família, o adolescente estabelece novas relações, vinculando-se mais aos amigos e aos grupos de sua geração. Essas novas relações são positivas e necessárias ao desenvolvimento das habilidades sociais do adolescente e da construção do seu projeto de vida.

Em muitos casos, crianças atingem a adolescência com referências familiares frágeis. Nessas situações, as relações sociais tornam-se mais difíceis, pois a ideia de pais heróis na infância está comprometida pela negligência, pelo abandono e pela falta de identidade familiar.

Diante de adolescentes com esse histórico de vida, os responsáveis devem estar atentos, pois as relações com grupos podem se tornar perigosas, já que esses adolescentes, para satisfazer sua necessidade de identificação e de pertença, acabam expondo-se a riscos.

O caminho para a formação de seus próprios ideais gera dúvidas e insegurança em como fazer e agir. Até porque não existe uma resposta pronta sobre o que é melhor, é preciso construí-la. Uma certa intranquilidade pode surgir daí, já que é a primeira vez que o adolescente está sendo ele mesmo, tomando suas decisões sozinho, tentando usar de sua liberdade e de sua responsabilidade.

Apesar das dificuldades e das dúvidas encontradas na adolescência, essa é uma fase de preparação para a vida adulta. Esse é um momento em que o adolescente vive de forma mais intensa todo o conjunto de transformações que vão estar presentes, de alguma forma, por toda a vida.

Embora a adolescência seja marcada por aspectos da faixa etária e características comuns, deve-se ressaltar que cada adolescente é dotado de particularidades marcadas pela experiência, pelos comportamentos e pelo significado próprio com que avalia as situações vivenciadas.



2] Principais Fatores de Risco

O risco de suicídio na adolescência é um fator importante a ser considerado na medida em que, geralmente, nessa fase do desenvolvimento, podem surgir sentimentos intensos de baixa autoestima e quadros psiquiátricos de grande risco. Atitudes de arrogância e enfrentamento podem, na realidade, indicar um pedido de ajuda, de forma a expressar suas dúvidas e angústias. Os adolescentes podem adotar condutas prejudiciais à sua integridade e apresentar uma série de manifestações que demonstrariam uma patologia, com riscos crescentes de problemas emocionais, entre eles os sintomas depressivos e a ideação suicida.

Na adolescência, ocasionalmente, podem aparecer ideias suicidas, uma vez que fazem parte do processo de desenvolvimento de estratégias, que acontece na infância e na adolescência, para lidar com problemas existenciais como, por exemplo, compreender o sentido da vida e da morte. A questão torna-se preocupante quando o suicídio passa a ser a única alternativa para suas dificuldades. Who (2002) citado por Werlang et al. informa que a intensidade desses pensamentos, sua profundidade, duração, o contexto em que surgem e a impossibilidade de desligar-se deles é que são fatores que distinguem um jovem saudável de um que se encontra à margem de uma crise suicida.

Conforme alguns estudos dos seguintes autores: Barrios et al., 2000; Maris, Berman & Silvermann, 2000; Field, Diego & Sanders, 2001, citado por Werlang et al., estima-se que de 7 a 40% das crianças e adolescentes da população geral já

tiveram, em algum momento de sua vida, uma ideação suicida séria, comparado à frequência em cerca de um terço da população geral, considerando todas as faixas etárias (MANN, 2002).

Diante disso, ressalta-se uma preocupação especial com os jovens que, de modo geral, podem desenvolver ideias suicidas. A necessidade de avaliar essa questão de forma preventiva envolve, necessariamente, o levantamento dos principais fatores de risco, tais como os sociodemográficos, doenças físicas, transtornos mentais e fatores ambientais.

3] Suicídio e Fatores Sociodemográficos

3.1 Sexo

Pessoas do sexo masculino tendem a cometer mais suicídio que as do sexo feminino, apesar destas tentarem com mais frequência.

3.2 Idade

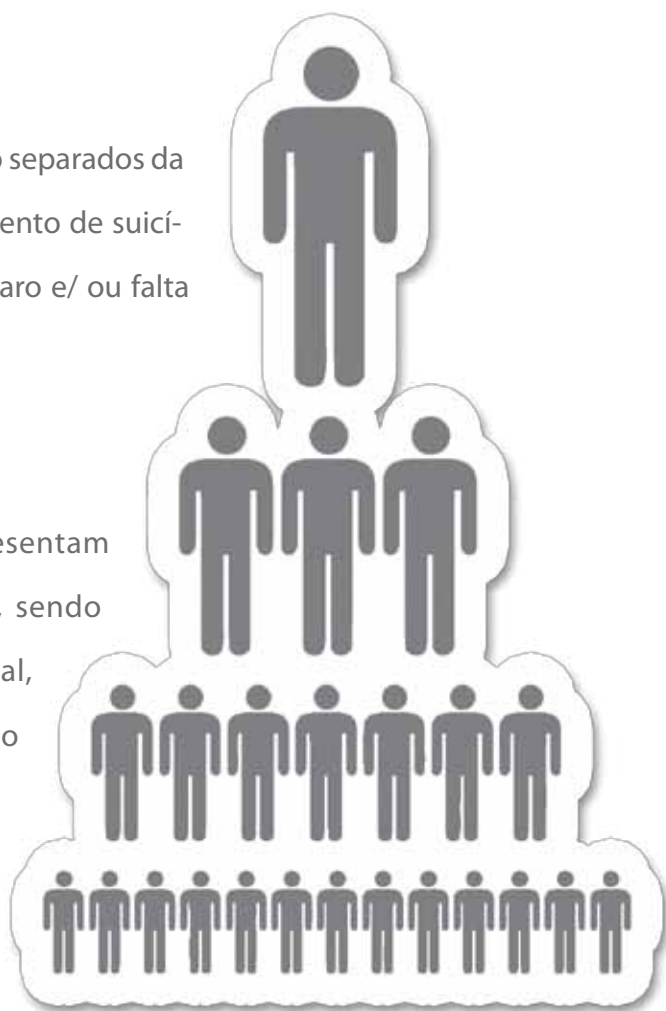
Um dos picos da taxa de suicídio reside em jovens de 15 a 35 anos.

3.3 Estado Civil

Os adolescentes que vivem sozinhos ou são separados da família estão mais vulneráveis ao cometimento de suicídio, decorrente do sentimento de desamparo e/ ou falta de referência familiar.

3.4 Profissão

Pessoas residentes na área rural apresentam taxas de suicídio maiores que a média, sendo um dos motivos a ameaça à saúde mental, além da física, decorrente da exposição aos agrotóxicos.



3.5 Desemprego

A perda do emprego do próprio adolescente e/ou dos familiares pode estar associado ao suicídio.

3.6 Migração

Adolescentes que se mudaram de uma área rural para a urbana, ou diferentes regiões, estão mais suscetíveis ao comportamento suicida ocasionado pela falta de adaptação.

4] Doenças Físicas e Suicídio

Alguns tipos de doenças físicas também podem contribuir com o aumento das taxas de suicídio, entre elas estão:

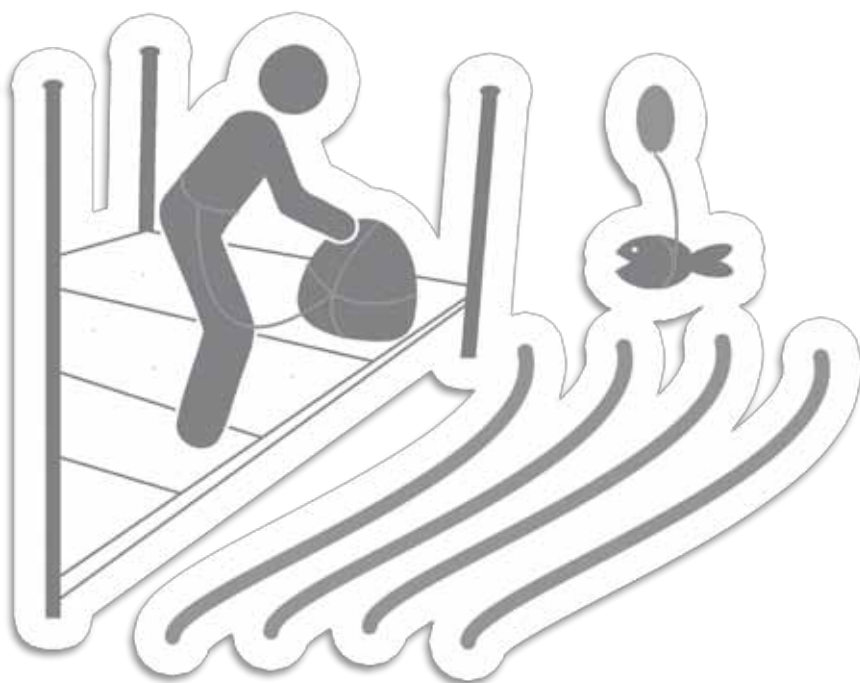
- Doenças Neurológicas: epilepsia, trauma cranioencefálico, acidente vascular cerebral (AVC).
- Câncer.
- HIV e AIDS.
- Doenças crônicas: diabetes, esclerose múltipla, condições crônicas renais, hepáticas ou gastrointestinais, doenças cerebrovasculares ou neurovasculares e doenças sexuais.

O risco de suicídio aumenta em doenças crônicas e dolorosas. Pessoas com dificuldade de andar, ver ou ouvir também apresentam risco aumentado no cometimento de suicídio.

5] Suicídio e Transtornos Mentais

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a maioria das pessoas que cometeram suicídio apresentavam um transtorno mental diagnosticável. O suicídio e o comportamento suicida são mais frequentes em pacientes psiquiátricos. Os grupos diagnósticos de risco são os seguintes:

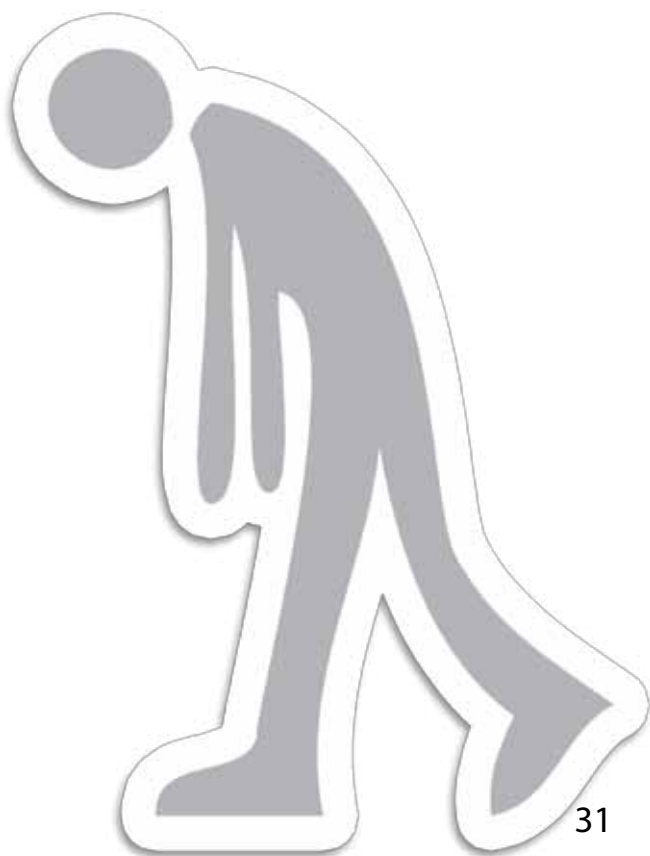
- Depressão.
- Esquizofrenia.
- Alcoolismo e/ou abuso de substâncias psicoativas.
- Transtornos de Personalidade.
- Transtorno mental orgânico.



6] Suicídio e Fatores Ambientais

A maioria dos que cometem suicídio passaram por acontecimentos estressantes nos três meses que antecederam ao ato, tais como:

- Problemas interpessoais, tais como conflitos com a família, amigos ou namorado (a).
- Separações da família ou amigos.
- Eventos de perda, tais como luto ou questões financeiras.
- Sentimentos de rejeição, vergonha ou culpa.
- Problemas legais e/ou perda da liberdade.



7] O Adolescente em Conflito Com a Lei

Nas penitenciárias, segundo a Organização Mundial de Saúde, os indivíduos privados de liberdade apresentam um risco de cometimento de suicídio mais elevado do que a população geral, visto que, como exemplo, nas instalações das celas dos detentos que aguardam julgamento, a taxa de suicídio chega a ser três vezes maior.

Segundo Winnicott citado por Filho (2001), *"na adolescência, a agressão à sociedade que o desprezou, ou ao seu próprio corpo que pouco vale porque não foi valorizado, situação esta bem configurada nas frequentes tentativas de suicídio ou em situações de potencial risco suicida, será inevitável se ações de resgate não forem desenvolvidas o mais breve possível"*.

O fato do adolescente se encontrar privado de liberdade pode influenciar as taxas de suicídio de diferentes formas. No entanto, é possível reduzir esse índice nos Centros de Socioeducação aderindo a alguns procedimentos de prevenção ao suicídio.

A combinação de alguns fatores podem contribuir para o aumento desse risco.

- Os Centros de Socioeducação comportam grupos vulneráveis que se encontram tradicionalmente entre os grupos de maior risco, entre eles, jovens do sexo masculino, portadores de transtornos mentais, indivíduos

desprivilegiados e isolados socialmente, usuários de substâncias psicoativas e/ou com tentativas de suicídio anteriores. Embora a grande maioria dos suicídios que ocorrem nas Unidades são cometidos por adolescentes do sexo masculino (considerando que a maioria dos jovens em medida são do sexo masculino), as adolescentes tentam suicídio cinco vezes mais do que as que se encontram fora das Unidades e duas vezes mais do que os adolescentes em Internação. Elas também apresentam altos índices de doenças mentais graves. Embora os perfis de adolescentes do sexo feminino em Internação Provisória ou em cumprimento de medidas de Internação ou Semiliberdade se encontrem em menor número quando em comparação com os do sexo masculino, fatores como pouco suporte familiar e social, comportamento suicida anterior, histórico de transtorno psiquiátrico ou problemas emocionais devem ser considerados para a prevenção ao suicídio.

- O impacto psicológico decorrente da privação ou do estresse associado ao dia a dia devido ao novo ambiente pode ultrapassar as habilidades de adaptação dos indivíduos vulneráveis.
- Mesmo com a existência de regras e procedimentos formais, a sobrecarga ou o despreparo do profissional pode contribuir para a perda dos sinais antecipados de detecção do suicídio.

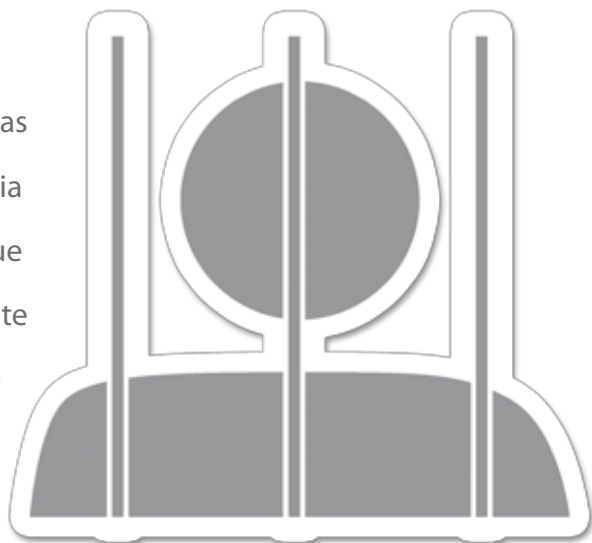
8] Os Perfis do Adolescente com Risco de Suicídio

O primeiro passo para reduzir o risco de suicídio do adolescente em cumprimento de medida de internação reside no desenvolvimento de perfis que podem ser usados para identificar grupos e situações de alto risco. Adolescentes que se encontram em Internação Provisória diferem dos que se encontram em medida de Internação com referência a certos fatores de risco do suicídio. Contudo, em certas circunstâncias, as populações representadas por esses perfis acabam se misturando.

A experiência de privação pode ser particularmente difícil para os adolescentes em conflito com a lei, visto que são separados de suas famílias e amigos. Os jovens que são colocados em delegacias também devem ser considerados como suicidas de alto risco.

8.1 Adolescentes em Internação Provisória

Os adolescentes que podem cometer suicídio nas delegacias ou nos Centros de Internação Provisória geralmente são do sexo masculino, solteiros, que cometeram infração pela primeira vez, geralmente sob o efeito de substâncias psicoativas. Como se encontram sob efeitos dessas substâncias no



momento em que são admitidos, tendem a cometer suicídio dentro de 24 horas após ou nas primeiras horas. Um segundo período de risco aos jovens que aguardam a decisão da medida é durante o período da decisão judicial, especialmente quando a decisão de uma medida severa pode ser antecipada.

8.2 Adolescentes em Cumprimento de Medidas de Internação

Comparando-se aos adolescentes que aguardam decisão judicial, aqueles que tendem a cometer suicídio são geralmente mais velhos, com infrações mais graves, e que podem cometer suicídio após passar um tempo considerável em medida. O suicídio pode ser precipitado por um conflito dentro da instituição com outros internos ou com a direção, uma perda ou conflito familiar, ou uma decisão judicial negativa, tais como a não liberação do Cense para uma atividade externa desejada ou o aumento do tempo de cumprimento da medida socioeducativa.

A privação pode representar uma perda da liberdade, perda de apoio familiar ou social, medo do desconhecido, medo de violência física e/ou sexual, incerteza e medo do futuro, embaraço e culpa sobre o ato infracional, e medo ou estresse referente às condições precárias do ambiente. Além disso, a privação provoca um aumento do estresse decorrente dos conflitos dentro da instituição, vitimização, frustração legal e colapso físico e emocional.

9] Fatores de Risco em Comum

Em ambos os casos, os adolescentes apresentam um número de características comuns que podem ser utilizadas no auxílio à prevenção ao suicídio.

9.1 Fatores Situacionais

Os adolescentes que se encontram em Internação Provisória ou em Internação tendem a cometer suicídio por enforcamento, quando as vítimas são colocadas em alojamentos individuais ou segregados, ou quando a equipe se encontra reduzida, tais como nos plantões noturnos ou fins de semana.

Deve-se prestar atenção aos adolescentes que recebem medida disciplinar de isolamento, visto que a segregação pode aumentar o risco do cometimento de suicídio.

9.2 Fatores Psicossociais

Pouco suporte familiar e social, comportamento suicida anterior (especialmente dentro do último ou dos 2 últimos anos), um histórico de transtorno psiquiátrico ou problemas emocionais são comuns entre os adolescentes suicidas. Quaisquer que sejam os estressores e as vulnerabilidades do indivíduo, indícios comuns ao cometimento do suicídio parecem ser sentimentos de desesperança, uma diminuição de projetos para o futuro e uma perda da capacidade de adaptação. O suicídio vem a ser visto como a única saída para os sentimentos de desespero e falta de esperança. Dessa forma, os indivíduos que verbalizam esse tipo de sentimentos ou admitem a intenção suicida ou planos para o suicídio devem ser considerados.

9.3 Perfis que podem mudar ao longo do tempo

Algumas características podem ser úteis para identificar grupos de alto risco em potencial e que podem precisar de monitoramento e intervenção adiante. Mesmo que os programas de prevenção ao suicídio sejam empregados adequadamente, as características que compõem o perfil de alto risco podem mudar ao longo do tempo. Condições ambientais podem alterar o perfil de adolescentes de alto risco, particularmente nos Centros de Socioeducação. As características devem ser consideradas somente como um ponto de atenção para identificar grupos e situações de alto risco. Sempre que possível, eles devem ser utilizados para verificar as condições locais e atualizar regularmente as mudanças ocorridas e as que podem ocorrer.



10] A Recepção do Adolescente na Unidade

Uma vez que a equipe está capacitada e familiarizada com os fatores de risco do suicídio, o próximo passo é implementar uma triagem para os novos adolescentes que ingressam na Unidade. Visto que os suicídios em delegacias ou em internação provisória podem ocorrer dentro das primeiras horas, a triagem referente ao suicídio deve ocorrer quase que imediatamente após a entrada na instituição. Para ser efetiva, ela deve ser realizada no momento em que os adolescentes chegam na Unidade e sempre quando as circunstâncias ou condições modificarem. Nos Censes com alta rotatividade e recursos limitados, o monitoramento de todos os adolescentes que ingressaram pode se tornar impossível. Uma solução seria realizar o monitoramento para aqueles adolescentes que combinam as características do perfil de alto risco e aqueles que demonstram sinais de intenção suicida.

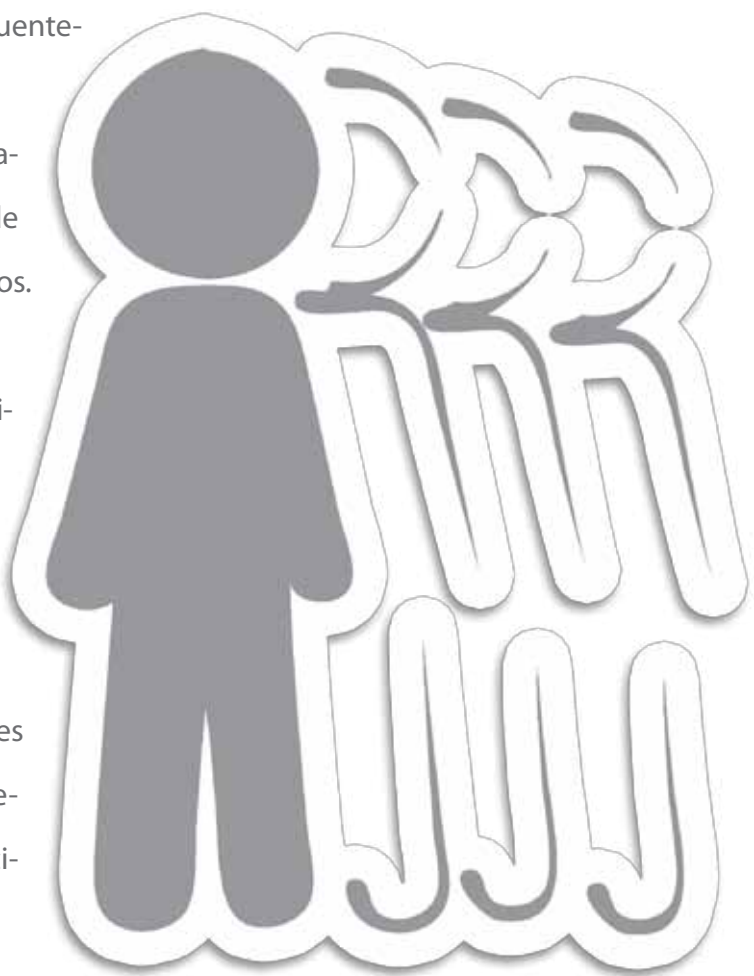
Quando há o profissional da saúde na composição da equipe do Cense, o monitoramento do suicídio pode ser iniciado dentro do contexto de uma avaliação inicial de saúde. O monitoramento do suicídio deve ser uma responsabilidade da equipe do sistema socioeducativo como um todo, devendo estar preparada para verificar a possibilidade de cometimento do suicídio. Dentro do contexto de um Centro Socioeducativo, respostas afirmativas a uma ou mais dos seguintes itens podem ser utilizadas para indicar um aumento do risco e uma posterior necessidade de intervenção:

- O adolescente se encontra em crise de abstinência.

- O adolescente expressa altos níveis de vergonha, culpa e preocupação sobre a privação de liberdade.
- O adolescente expressa desesperança ou medo do futuro, ou mostra sinais de depressão, tais como choro, diminuição de sentimentos e da expressão verbal.
- O adolescente admite pensamentos frequentes de suicídio.
- O adolescente já recebeu tratamento anterior decorrente de problemas mentais.
- O adolescente sofre atualmente de um transtorno psiquiátrico ou age de maneira bizarra ou incomum, tais como dificuldade em focar a atenção, falando sozinho, ouvindo vozes.
- O adolescente fez uma ou mais tentativas de suicídio e/ou admite que o suicídio é uma opção frequentemente aceitável.
- O adolescente admite ou parece ter poucos recursos de suporte internos e/ou externos.

A verificação das características do suicídio são essenciais para uma prevenção mais efetiva por uma série de razões:

- Ela respalda os profissionais do Cense com questões estruturadas nas áreas referentes ao suicídio que precisam ser focadas.



- Quando há pouco tempo disponível para conduzir a triagem, a checagem atua como um auxiliar de memória para a equipe atuante.
- O levantamento realizado na triagem facilita a comunicação entre os profissionais que se encontram na instituição.
- Ela provê o instrumental necessário para detectar o alto risco de suicídio no período de ingresso na Unidade e novamente, quando há mudanças de condições.

É importante que os técnicos de referência e/ou a equipe de saúde do Cense realizem o levantamento para a detecção do suicídio antes de fazerem o encaminhamento à Rede. Uma vez que o risco de suicídio foi identificado, deve ser notificado nos prontuários para que a informação seja repassada à equipe do outro plantão. A checagem referente ao suicídio não se restringe à entrada do adolescente no Cense, nem deve ser considerada como ferramenta exclusiva. Ela pode ser utilizada a qualquer tempo no período do cumprimento da medida para identificar o risco e a necessidade de intervenção.

11] Observação Pós-ingresso

Devido à possibilidade da ocorrência de suicídio após o período inicial do cumprimento da medida, não é o suficiente monitorar os adolescentes somente no período da entrada, mas sim em intervalos regulares de tempo. Para ser efetiva, a prevenção ao suicídio deve envolver observação contínua. A equipe socioeducativa deve estar apta para se manter vigilante durante a permanência do adolescente no Cense. Dessa forma, a equipe pode detectar um possível cometimento de suicídio de acordo com as seguintes ações:

- A rotina de segurança deve observar indícios de intenção suicida ou sintomas de choro; insônia; lentidão; inquietação ou agitação extrema; súbita mudança de humor; hábitos alimentares ou sono; doação de posses ou bens; perda do interesse em atividades habitualmente desenvolvidas ou relacionamentos; recusa em tomar medicação ou exigência no aumento da dosagem.
- Conversas com o adolescente sobre a duração da medida ou outros períodos críticos, tais como a morte de um membro da família, pode auxiliar na identificação de sentimentos de desesperança ou intenção suicida.
- Uma conversa com familiares e amigos próximos do adolescente durante o período das visitas pode contribuir na identificação de disputas ou problemas emergentes. As famílias devem ser encorajadas a informar os profissionais sobre a possibilidade dos adolescentes nutrirem desejos suicidas.

12] A Continuidade no Monitoramento

Como um monitoramento adequado e contínuo se faz necessário, o gerenciamento do processo deve ser estabelecido com políticas claras, articuladas e procedimentos que definam responsabilidades para o alojamento, supervisão contínua, e intervenções de saúde mental voltadas aos adolescentes que são considerados de alto risco.

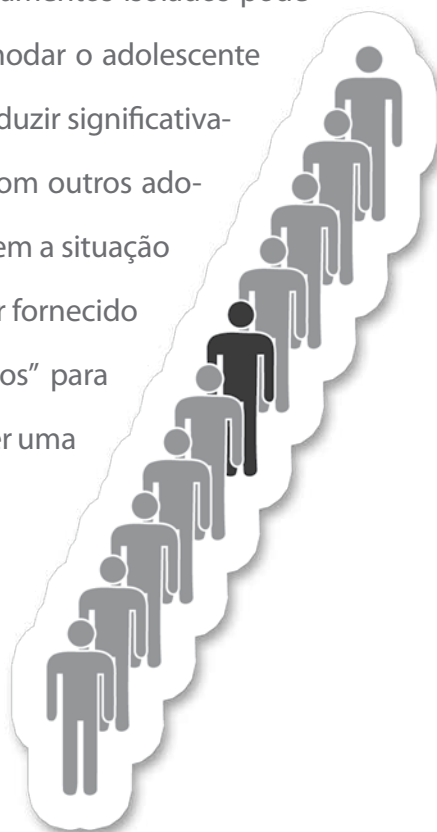
O monitoramento adequado aos adolescentes em situação de risco é essencial, principalmente durante o período do plantão da noite, quando a equipe se encontra reduzida. É importante que o nível de monitoramento esteja associado ao nível do risco. Os adolescentes com alto risco requerem supervisão constante.

13] Intervenção Social

Os adolescentes que chegam aos Censos apresentam certas vulnerabilidades ao suicídio. Estas, associadas à crise da privação e a estressores contínuos decorrentes do novo ambiente em que se encontram, podem culminar em um colapso emocional e social, levando ao suicídio. O isolamento social e físico e a falta de acesso aos recursos de suporte intensificam o risco. Dessa forma, um importante elemento para a prevenção ao suicídio nos Centros de Socioeducação é a interação social significativa.

A maioria dos suicídios tende a ocorrer quando o adolescente é isolado do grupo de adolescentes. Assim, quando colocados em alojamentos isolados pode ser gerado um aumento do risco de suicídio. Acomodar o adolescente suspeito em um alojamento compartilhado pode reduzir significativamente o risco, particularmente quando colocado com outros adolescentes que possam ser solidários e compreenderem a situação do outro. Em alguns casos, o suporte social pode ser fornecido através de adolescentes especialmente “capacitados” para esse fim. Nesse caso, os familiares também podem ser uma importante fonte de recursos para o suporte social.

É importante perceber, contudo, que se o monitoramento ou as intervenções forem realizados de forma negligente ou pouco cuidadosa



podem haver riscos. Os adolescentes com alto risco de cometimento de suicídio que são colocados em alojamentos compartilhados têm maior facilidade de acesso a instrumentos letais. Colegas de alojamento pouco solidários podem deixar de alertar a equipe se uma tentativa de suicídio ocorrer. Assim, a acomodação de um adolescente potencialmente suicida em um alojamento compartilhado nunca deve ser considerada como um substituto ao suporte social e ao monitoramento adequado pela equipe especializada.

14] Ambiente Físico

O acesso imediato a um método para cometer suicídio é um fator importante na determinação ou não do ato. Reduzir esse acesso é uma efetiva estratégia de prevenção dentro do Cense. Além da vigilância permanente, deve-se remover os possíveis meios para cometimento do suicídio.

A maioria dos adolescentes comete suicídio por enforcamento, utilizando objetos de vestuário, tais como meias, roupas íntimas, cintos, cadarços, camisetas ou roupas de cama e banho, tais como lençóis e toalhas. Um ambiente seguro deve ser um alojamento que não haja pontos de enforcamento e tampouco acesso a materiais letais sem supervisão.

⇒ ***Adolescentes em situação de risco podem solicitar recursos restritivos para sua proteção. Devido à natureza controversa desses apoios, regras e procedimentos claros devem ser colocados quando forem usados. As regras e os procedimentos devem definir as situações nas quais os apoios devem ser apropriados, os métodos para garantir que alternativas menos restritivas sejam usadas primeiro, as questões de segurança, o limite de tempo para o uso dos recursos, a necessidade de monitoramento e supervisão enquanto os recursos são utilizados, e acesso aos profissionais de saúde mental.***

Com o avanço da tecnologia, o monitoramento por câmeras têm, em algumas Unidades, substituído a presença física dos educadores sociais na supervisão dos adolescentes em risco de suicídio. Contudo, a câmera pode apresentar alguns pontos cegos que, associados à distração do operador, podem gerar problemas.

15] Tratamento de Saúde Mental

Uma vez que o adolescente foi identificado como sendo de alto risco, a avaliação e o tratamento pela equipe de saúde mental da Rede devem ser acompanhados pelos técnicos de referência. Contudo, em alguns casos, o acesso a esses profissionais pode ser complicado pelo fato dos recursos da rede de saúde disponíveis serem limitados.

Como as instalações do Cense não terão recursos suficientes para atender a todas as necessidades da saúde física e mental dos adolescentes, não é viável que a equipe assuma todas as responsabilidades que também competem à Rede. Assim, a fim de suprir as necessidades de saúde e saúde mental do adolescente, a equipe do Cense precisará criar vínculos fortes com os recursos existentes na comunidade. Isso significa que a Justiça, o sistema de saúde e saúde mental devem estar integrados no serviço de prevenção ao suicídio. Isso pode exigir a realização de acordos de cooperação de serviços em hospitais gerais, serviços de emergência, instalações psiquiátricas, programas comunitários de saúde mental e outros.

16] Ocorrência de Tentativas de Suicídio

Se uma tentativa de suicídio ocorrer, o relato do incidente e os procedimentos realizados devem ser inseridos em documento oficial de notificação com fins de proporcionar o feedback necessário para melhorar as bases de prevenção ao suicídio. Assim, a equipe de saúde, juntamente com a equipe do Cense, deve esclarecer cada incidente em uma tentativa de:

- reconstruir os eventos importantes relacionados ao suicídio;
- identificar fatores que podem conduzir à morte do adolescente por terem sido despercebidos ou inadequadamente resolvidos;
- assessorar na adequação da resposta de emergência;
- dar continuidade às implicações políticas para melhorar os esforços de prevenção futuros.

Além disso, educadores sociais e outros profissionais do Cense que experienciaram o suicídio de um adolescente podem sentir uma gama de sentimentos de raiva e ressentimento a culpa e tristeza. Esses indivíduos podem se beneficiar de um aconselhamento, de grupos organizados para esse fim ou terapia individual.

17] *Exposição ao Suicídio*

Uma parcela dos suicídios de adolescentes está relacionada à vulnerabilidade decorrente da exposição ao suicídio na vida real, ou por meio dos veículos de comunicação, que podem influenciar a prática do comportamento suicida.

Uma pequena porcentagem de suicídios também ocorre em adolescentes vulneráveis que estão expostos ao suicídio na vida real, ou através da mídia, ou sob influência de alguém que tenha comportamento suicida. Existem estudos que adotaram, principalmente no que se refere ao suicídio na adolescência, o termo “suicídio contagioso”, utilizado para definir um excessivo número de suicídios que ocorrem em curtos intervalos de tempo um do outro, ou em proximidades geográficas (na mesma ala, por exemplo). Um suicídio facilita a ocorrência de outro, pois a imitação do processo serve como modelo para sucessivos suicídios. Esse contágio pode se dar através de contato direto com a vítima, pela amizade com esta, por transmissão da mídia ou por conhecimento

de “boca a boca”. Segundo os autores Gould, Wallenstein &

Davidson, 1989; Stone, 1999 citado por

Werlang, o “suicídio contagioso” está

relacionado com o mecanismo das

epidemias de

suicídio,

com iden-

tificação e



imitação maciça. Devido a essas características, esse fenômeno pode, portanto, ser comum entre os adolescentes.

Os alojamentos também podem ser um dos ambientes propícios ao suicídio em série. Uma avaliação de suicídios em série em prisões tem sugerido que o aumento do risco de suicídios subsequentes parece estar limitado a um período de quatro semanas seguintes ao suicídio inicial, e que parece reduzir ao longo do tempo. Os educadores sociais e a equipe de forma geral precisam estar atentos a esse período de aumento do risco. Estratégias para reduzir o risco de contágio do comportamento suicida inclui a provisão de cuidados psiquiátricos para adolescentes com transtornos mentais, a remoção ou tratamento daqueles particularmente suscetíveis, e uma atenção especial na transmissão de informação sobre o suicídio ocorrido ao técnico responsável na Sede da Secretaria de Estado da Criança e da Juventude.

18] Síntese das Melhores Práticas

As melhores práticas para a prevenção do suicídio nos Censes estão baseadas nos seguintes elementos:

- Um programa de capacitação, incluindo revisões para a equipe do Cense pode auxiliá-los a reconhecer adolescentes suicidas e responder adequadamente aos que se encontram em risco.
- Procedimentos para monitorar sistematicamente os adolescentes durante sua chegada na Unidade e por todo o período de permanência, a fim de identificar aqueles que podem apresentar alto risco, são necessários.
- Um mecanismo para manter a comunicação entre os membros da equipe a respeito dos adolescentes de alto risco deve ser desenvolvido.
- Procedimentos por escrito que definam os requisitos mínimos para alojar os adolescentes de alto risco; provisão de suporte social; rotina de monitoramento constante para os adolescentes suicidas graves; e uso apropriado de restrição física, quando necessário.
- Desenvolvimento de recursos internos suficientes e fortalecimento dos vínculos com os serviços de saúde mental para assegurar o acesso a profissionais de saúde mental quando houver a necessidade de avaliação e tratamento.
- Desenvolvimento de uma estratégia de notificação quando um suicídio ocorrer com o intuito de identificar meios de melhorar a detecção do suicídio, monitoramento, e gerenciamento dessas situações de risco nos Censes.

19] Os Sinais Precursores do Suicídio

O suicídio não acontece sem aviso. Geralmente, os adolescentes em situação de risco fornecem indícios que antecipam suas intenções, alertando as pessoas que se encontram à sua volta. São apelos de ajuda, o que ainda lhes resta de esperança. Deve-se prestar atenção à evolução da medida socioeducativa, para que haja o reconhecimento dos pontos principais de enfoque.

Alguns fatores podem indicar iminente risco de suicídio, merecendo a devida atenção:

- funcionamento familiar perturbado;
- experiências emocionais difíceis, seja uma perda recente ou um acontecimento traumático;
- suicídio na família ou em seu círculo de amizades;
- identificação com o morto, tê-lo como modelo;
- crise de abstinência devido ao consumo de drogas, álcool ou medicamentos de forma excessiva;
- fugas, deslocamentos repetidos em família ou centros de acolhimento;
- uma ou várias tentativas anteriores de suicídio.

Existem três características em particular que são próprias do estado das mentes suicidas:

1. Ambivalência: a maioria das pessoas já apresentou sentimentos confusos de cometer suicídio. O desejo de viver e o desejo de morrer oscilam nesses jovens. Há um

sentimento de angústia entre sair da dor de viver e um desejo de permanecer vivo.

2. Impulsividade: o suicídio é também um ato impulsivo. Assim como qualquer outro, o impulso para cometer suicídio é transitório e dura alguns minutos ou horas. É geralmente desencadeado por acontecimentos negativos do dia a dia.

3. Rigidez: as pessoas com ideias suicidas constantemente pensam sobre suicídio e não são capazes de perceber outras maneiras de sair do problema. Tendem a pensar de maneira rígida e drástica.

A maioria das pessoas com risco de suicídio comunica seus pensamentos e intenções suicidas. Todos esses pedidos de ajuda não podem ser ignorados.

Mensagens diretas

- Mensagens verbais: “seria melhor se eu morresse, vocês não me verão por muito tempo...”
- Ameaças de suicídio: “vou me matar, quero morrer...”
- Comportamentos autodestrutivos e perigosos.

➔ **Mensagens indiretas**

- Referir-se ao suicídio de modo indireto: “sou inútil, vocês estarão melhor sem mim, fazer piadas sobre suicídio...”
- Preparar-se para uma viagem, redigir cartas de adeus.
- Interessar-se por temas relativos à morte.
- Transtornos do apetite.
- Transtornos do sono (insônia ou hipersonia).
- Falta de energia ou grande agitação.
- Perda de interesse e prazer nas atividades.
- Tristeza, choro, falta de coragem.

- Indecisão.
- Irritabilidade.
- Alta impulsividade.
- Sentimentos de desvalorização, baixa autoestima.
- Ansiedade aumentada.
- Retraimento e busca da solidão.

➔ **Comportamentos**

- Dificuldade de concentração.
- Diminuição no rendimento escolar.
- Descuido com a aparência.
- Consumo excessivo de álcool, drogas lícitas e ilícitas e/ou medicamentos, quando o adolescente se encontra em cumprimento de medida de Semiliberdade. Quando o educando se encontra em internação provisória, deve-se prestar atenção a uma possível crise de abstinência.

Suicídio – Fato e Ficção

FICÇÃO	FATO
Pessoas que ficam ameaçando suicídio não se matam.	A maioria das pessoas que se matam deu avisos de sua intenção.
Quem quer se matar, mata-se mesmo.	A maioria dos que pensam em se matar tem sentimentos ambivalentes.
Suicídios ocorrem sem avisos.	Suicidas frequentemente dão ampla indicação de sua intenção.
Melhora após a crise significa que o risco de suicídio acabou.	Muitos suicídios ocorrem em um período de melhora, quando a pessoa tem a energia e a vontade de transformar pensamentos desesperados em ação autodestrutiva.
Nem todos os suicídios podem ser prevenidos.	Verdade, mas a maioria pode ser prevenida.
Uma vez suicida, sempre suicida.	Pensamentos suicidas podem retornar, mas eles não são permanentes e em algumas pessoas eles podem nunca mais retornar.

Extraído do documento “Prevenção do Suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária.” Organização Mundial de Saúde. Genebra, 2000

20] Como Ajudar o Adolescente com Risco de Suicídio?

Quando a pessoa diz “Eu estou cansado da vida” ou “Não há mais razão para eu viver”, ela geralmente é rejeitada, ou, então é obrigada a ouvir sobre outras pessoas que estiveram em dificuldades piores. Nenhuma dessas atitudes ajuda a pessoa com risco de suicídio.

O contato inicial com o adolescente em risco é muito importante.

- O primeiro passo é achar um lugar adequado, onde uma conversa possa ser mantida com privacidade razoável.
- O próximo passo é reservar o tempo necessário. Pessoas com ideação suicida usualmente necessitam de mais tempo, e o profissional precisa estar preparado mentalmente para lhes dar atenção.
- A tarefa mais importante é ouvi-las efetivamente. Conseguir esse contato e ouvir é por si só o maior passo para reduzir o nível de desespero suicida.
- É importante que a equipe também se remeta às mensagens indiretas. Além do que é dito pelo adolescente, existem outras formas de manifestar a intenção do ato.
- Todas as formas de manifestação merecem a devida atenção, mesmo quando há a possibilidade de manipulação por parte do adolescente, visto que a manipulação por si só já é um risco.

➡ **Como se comunicar**

- Ouvir atentamente, ficar calmo.
- Entender os sentimentos da pessoa (empatia).
- Dar mensagens não verbais de aceitação e respeito.
- Expressar respeito pelas opiniões e pelos valores da pessoa.
- Conversar honestamente e com autenticidade.
- Mostrar sua preocupação, seu cuidado e sua afeição.

➡ **Como não se comunicar**

- Interromper muito frequentemente.
- Ficar chocado ou muito emocionado.
- Dizer que você está ocupado.
- Tratar o educando de maneira que o coloque em uma posição de inferioridade.
- Fazer comentários invasivos e pouco claros.
- Fazer perguntas indiscretas.

Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não julgamento é fundamental para facilitar a comunicação.

Ouçá com cordialidade,

Trate com respeito,

Empatia com as emoções,

Cuidado com o sigilo.

➔ ***Como abordar o adolescente***

Quando a equipe suspeita da possibilidade de um comportamento suicida, os seguintes aspectos necessitam ser avaliados:

- Estado mental atual e pensamentos sobre morte e suicídio.
- Plano suicida atual – quão preparada a pessoa está, e quão cedo o ato está para ser realizado.
- Sistema de apoio social da pessoa (família, amigos, etc.).

A melhor maneira de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntar para ela. Ao contrário da crença popular, falar a respeito de suicídio não coloca a ideia na cabeça das pessoas. De fato, elas ficarão muito agradecidas e aliviadas de poder falar abertamente sobre os assuntos e as questões com os quais estão se debatendo.

➔ ***Como perguntar?***

Não é fácil perguntar para uma pessoa sobre sua ideação suicida. É importante aproximar-se do assunto gradualmente. Algumas questões úteis são:

- Você se sente triste?
- Você sente que ninguém se preocupa com você?
- Você sente que a vida não vale mais a pena ser vivida?

➔ ***Quando perguntar?***

- Quando a pessoa tem o sentimento de estar sendo compreendida.
- Quando a pessoa está confortável falando sobre seus sentimentos.
- Quando a pessoa está falando sobre sentimentos negativos, de solidão, desamparo, etc.

➡ ***O que perguntar?***

1. Descobrir se a pessoa tem um plano definido para cometer suicídio:

- Você fez algum plano para acabar com sua vida?
- Você tem uma ideia de como você vai fazê-lo?

2. Descobrir se a pessoa tem os meios para se matar:

- Os meios são facilmente disponíveis para você?

3. Descobrir se a pessoa fixou uma data:

- Você decidiu quando você planeja acabar com sua vida?
- Quando você está planejando fazê-lo?

Todas essas questões precisam ser perguntadas com cuidado, preocupação e empatia.

21] Classificação do Risco de Suicídio

É importante que cada adolescente seja atendido de forma diferenciada, de acordo com a classificação dos tipos de risco e as características apresentadas.

➔ *Baixo risco*

A pessoa teve alguns pensamentos suicidas, como “Eu não consigo continuar”, “Eu gostaria de estar morto”, mas não apresenta uma ideação.

Ação necessária

- Oferecer apoio emocional.
- O técnico de referência deve encaminhar o adolescente para um profissional de saúde mental ou um médico.

➔ *Médio risco*

A pessoa tem pensamentos e planos de cometer suicídio imediatamente.

Ação necessária

- Ofereça apoio emocional, trabalhe com os sentimentos suicidas da pessoa.
- O técnico de referência deve encaminhar o adolescente a um psiquiatra, ou médico, e marcar uma consulta o mais breve possível.
- O técnico de referência que atende o adolescente deve reforçar a importância do apoio dado pelas famílias, pelos amigos e colegas.

➤ **Alto risco**

A pessoa tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo, e planeja fazê-lo imediatamente. Deve-se prestar especial atenção àqueles que realizaram tentativas recentes.

Ação necessária

- Estar junto da pessoa. Nunca deixá-la sozinha.
- Fazer um contrato. Extraia uma promessa do indivíduo de que ele não vai cometer suicídio sem que se comunique com a equipe e por um período específico.
- O técnico de referência do adolescente deve entrar em contato com um profissional da saúde mental ou médico para providenciar encaminhamento adequado (hospitalização).
- Informar a família.

22] *Encaminhando o Adolescente com Risco de Suicídio*

Atenção aos seguintes itens!

➔ *Quando encaminhar?*

Quando a pessoa tem:

- doença psiquiátrica;
- histórias de tentativas de suicídio anteriores;
- história familiar de suicídio, alcoolismo ou doença mental;
- doença física;
- nenhum apoio social.

➔ *Como encaminhar?*

- Explicar ao adolescente a razão do encaminhamento para o atendimento médico.
- Manter contato periódico.

23] Recursos da Comunidade

As fontes de apoio usualmente disponíveis são:

- família;
- amigos;
- colegas;
- igrejas;
- centros de crise;
- profissionais de saúde.

⇒ **Como obter esses recursos?**

- Tente conseguir permissão do adolescente para mobilizar quem possa ajudá-lo, e depois entre em contato com essas pessoas.
- Mesmo que a permissão não seja dada, tente localizar alguém que seria particularmente compreensivo com ele.
- Fale com o jovem e explique que algumas vezes é mais fácil falar com um estranho do que com uma pessoa amada, para que ele (a) não se sinta negligenciado ou ferido.
- Fale com as pessoas de apoio sem acusá-las ou fazê-las sentirem-se culpadas.
- Assegure novamente seu apoio nas ações que serão tomadas.
- Fique atento, também, às necessidades dos que se propuseram a ajudar.

24] O Que Fazer e o Que Não Fazer

⇒ O que fazer

- Ouvir, mostrar empatia, e ficar calmo.
- Ser afetuoso e dar apoio.
- Leve a situação a sério e verifique o grau de risco.
- Pergunte sobre tentativas anteriores.
- Explore as outras saídas, além do suicídio.
- Pergunte sobre o plano de suicídio.
- Identifique outras formas de dar apoio emocional.
- Tome atitudes, consiga ajuda.
- Se o risco é grande, fique com a pessoa.

⇒ O que não fazer

- Ignorar a situação.
- Ficar chocado ou envergonhado e ou em pânico.
- Falar que tudo vai ficar bem.
- Desafiar a pessoa a continuar em frente.
- Fazer o problema parecer trivial.
- Dar falsas garantias.
- Manter a situação em segredo.
- Deixar a pessoa sozinha.

25] *Considerações Finais*

Assim como os fatores de risco podem levar ao suicídio, existem outros que podem servir de proteção para este, atuando como elementos que, de certa forma, apoiam a decisão do adolescente em desconsiderar a autodestruição como saída possível. Entre os principais fatores protetores encontram-se a boa relação com os membros da família, boas habilidades sociais, busca por ajuda e conselhos, senso de valor pessoal, abertura para novas experiências e aprendizados, receptividade com a ajuda dos outros e desenvolvimento de projetos de vida; valores culturais, lazer, esporte, religião, boas relações com amigos, colegas, professores e outros adultos, apoio de pessoas relevantes e amigos que não usem drogas; e, por fim, uma dieta saudável, boa qualidade do sono e atividade física.

Dessa forma, faz-se necessário que programas e estratégias de prevenção dos comportamentos suicidas sejam incluídos na pauta das políticas de educação e saúde pública, uma vez que a perda prematura de adolescentes por suicídio pode e deve ser evitada.

Compromisso, sensibilidade, conhecimento, preocupação com outro ser humano e a crença de que a vida é um aprendizado que vale a pena são os principais recursos que os profissionais têm; apoiados nisso eles podem ajudar a prevenir o suicídio.



26] *Sugestões de Apoio*

Abaixo segue uma indicação de um órgão não governamental caso haja interesse em se obter mais informações sobre o assunto abordado neste caderno ou conhecer os locais de atendimento na sua cidade ou região.

Centros de Informação

Centro de Valorização da Vida (CVV)

www.cvv.org.br

Rua Carneiro Lobo, 35

Curitiba - PR, 80240240

(0xx41) 3342-4111



Leituras Recomendadas

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p.75-79.

DOLTO, Françoise. Los suicidios de adolescentes: una epidemia ocultada. In: _____. La causa de los adolescentes: el verdadero lenguaje para dialogar con los jóvenes. Barcelona: Seix Barral, 1990. p. 107-126.

INFANTE, Domingos Paulo. O suicídio na adolescência. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. (Org.). Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 399-403.

LUZ, Maria Teresa Machado; CASTRO E SILVA, Ricardo de. Vulnerabilidade e adolescências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, p.93-96, 1999.

SAGGESE, Edson; LEITE, Lígia Costa. Saúde mental na adolescência: um olhar sobre a reabilitação psicossocial. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, p.197-205, 1999.

A questão do suicídio encontra-se também implicada nas artes, na música e no cinema, podendo-se indicar alguns filmes para estudo e posterior análise referente à temática, visto que apenas a sua exibição não é suficiente, devendo haver uma fundamentação no debate sobre as questões presentes nos roteiros.

- *Virgens Suicidas (EUA, 2000)*
Direção: Sophia Coppola
- *Sociedade dos Poetas Mortos (EUA, 1989)*
Direção: Peter Weir
- *Viver e Morrer em Los Angeles (EUA, 1985)*
Direção: Willian Friedkin
- *Thelma e Louise (EUA, 1991)*
Direção: Ridley Scott
- *Sete Vidas (EUA, 2008)*
Direção: Gabriele Muccino
- *Invasões Bárbaras (Canadá, 2003)*
Direção: Denys Arcand

ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

NÍVEIS DE RISCO

➔ *Baixo risco*

Apresenta pensamentos de morte, derrotistas e de menos valia, tais como “Eu não consigo continuar”, “Eu gostaria de estar morto”, ao mesmo tempo em que possui o desejo de viver, com energia para investir em objetivos de vida.

Ação necessária

- Oferecer apoio emocional, procurando acolher e escutar o que o adolescente tem a dizer.
- Encaminhar o adolescente ao técnico de referência para avaliação do caso e verificar a necessidade de tratamento, realizando os devidos encaminhamentos à rede.
- Comunicar toda a equipe que acompanha o adolescente, com os devidos cuidados na forma de aviso e respeitando-se o sigilo necessário.
- Manter contato com o adolescente em intervalos regulares pela equipe de referência.

➔ *Médio risco*

Tem pensamentos e ideias, mas não tem planos de cometer suicídio.

Ação necessária

- Oferecer apoio emocional.
- Encaminhar o adolescente ao técnico de referência para avaliação do caso e verificar a necessidade de tratamento, realizando os devidos encaminhamentos à rede.
- Comunicar toda a equipe que acompanha o adolescente, com devidos cuidados na forma de aviso e respeitando-se o sigilo necessário.
- Manter contato com o adolescente em intervalos regulares pela equipe de referência.
- Informar a família.

➔ Alto risco

A pessoa tem um plano definido e dispõe dos meios para fazê-lo. Deve-se disponibilizar especial atenção para aqueles que realizaram tentativas recentes.

Ação necessária

- Estar junto ao adolescente. Não deixá-lo sozinho.
- Conversar e tentar remover os possíveis meios para se cometer suicídio.
- Fazer um combinado, enquanto o auxílio não chega.
- Entrar em contato com um profissional de saúde mental ou médico, o mais rápido possível, para providenciar encaminhamento de emergência adequado.
- Informar a família.

➔ **Encaminhando o paciente com risco de suicídio**

Como encaminhar

- Explicar ao adolescente a razão do encaminhamento.
- Observar possíveis riscos de tentativas durante o trajeto.
- Após retorno ao Cense, o acompanhamento deve ser realizado mantendo-se uma postura neutra sobre a situação.
- O acontecimento sobre o fato ocorrido deve permanecer entre a equipe técnica e os envolvidos. É importante evitar a divulgação de informações desnecessárias que não contribuem no tratamento do adolescente.

Como proceder após o retorno ao Cense

- Manter postura adequada, de neutralidade, durante esse período.
- Não divulgar informações desnecessárias que não contribuam no tratamento do adolescente. O fato ocorrido deve permanecer entre a equipe técnica e os envolvidos no processo socioeducativo do jovem educando.
- Promover ações de sensibilização da equipe e dos outros adolescentes, caso haja necessidade.

➔ **O que fazer e o que não fazer**

O que não fazer

- Ignorar a situação.
- Ficar chocado ou envergonhado e em pânico.
- Falar que tudo vai ficar bem.
- Desafiar o adolescente a continuar em frente.
- Fazer o problema parecer trivial.
- Dar falsas garantias.

- Jurar segredo.
- Deixar a pessoa sozinha.

O que fazer

- Ouvir, mostrar empatia, e ficar calmo.
- Ser afetuoso e dar apoio.
- Leve a situação a sério sempre e verifique o grau de risco.
- Pergunte sobre tentativas anteriores.
- Pergunte sobre o que o adolescente pensa que está acontecendo com ele.
- Ganhe tempo – faça um combinado.
- Identifique outras formas de dar apoio emocional.
- Remova os meios, se possível.
- Tome atitudes, consiga ajuda.
- SE O RISCO É GRANDE, FIQUE COM A PESSOA!

Caso haja identificação de alto risco de suicídio, o adolescente deve ser encaminhado imediatamente ao pronto-atendimento. É importante ficar próximo para evitar tentativas durante o trajeto e garantir a chegada do adolescente em segurança.

Após a tentativa de suicídio, o adolescente deve ser imediatamente encaminhado para avaliação clínica de urgência, para verificação de possíveis sequelas. A equipe de saúde do Cense deve encaminhá-lo à rede e realizar o acompanhamento do adolescente. Posteriormente, ele deve ser encaminhado para avaliação psiquiátrica e iniciar o atendimento com equipe multidisciplinar.

Durante o período da noite, quando não há técnico disponível, os encaminhamentos aos serviços de urgência das Unidades Básicas de Saúde e dos prontos-socorros devem ser realizados pelos educadores de plantão.

Além do evento agudo, deve ser priorizado o cuidado contínuo em todos os momentos, mesmo quando o adolescente aparenta melhora. Na maioria das vezes, a manutenção desse cuidado poderá evitar novas tentativas. O acompanhamento frequente se faz necessário!!!

Referências

AMERICAN Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

BOUCHARD, G. Suicídio na adolescência. Disponível em: <www.psychomedia.qc.ca/dart7.htm>.

BRASIL. Secretaria de Estado da Criança e da Juventude. Cadernos do IASP - Compreendendo o Adolescente. Curitiba, 2006.

FILHO, L. M. Abaixar a idade de imputabilidade penal. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência. Rio de Janeiro. Ago. 2001. Disponível em: <http://www.abrapia.org.br/antigo/a_noticia_comentada/noticias_comentadas/>.

MANN, J. J. A current perspective of suicide and attempted suicide. Annual International Medicine. 2002. p. 136, 302-311.

PREVENÇÃO do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Transtornos mentais e comportamentais. Departamento de Saúde Mental. Genebra, 2000.

PREVENTING suicide: a resource for prison officers. Mental and behavioural disorders. Department of Mental Health. World Health Organization. Geneva. 2000.

RESMINI, ENIO A. M. . Suicídio na adolescência. Psychiatry on-line Brazil. Jan. 1997.
Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/arquivo/suicidio.htm>>.

RESOLUÇÃO – RDC n.º 101, de 30 de maio de 2001.

WERLANG, B. S. G.; BORGES,V. R. ; FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology. - 2005, vol. 39, num. 2 p. 259-266. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

[illegible]



Governo do Paraná



CEDCA

ISBN 978-85-63558-10-7



9 788563 558107